

Tilfredshet med LAR-medikament og dosering blant pasienter ved kommunale LAR-sentre i Bergen.

Resultater fra en tverrsnittsundersøkelse

Jan Tore Daltveit



Masteroppgave ved Institutt for klinisk medisin/Det
medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

12. oktober 2014

Tilfredshet med LAR-medikament og dosering blant pasienter ved kommunale LAR-sentre i Bergen.

Resultater fra en tverrsnittsundersøkelse

© Jan Tore Daltveit

2014

Tilfredshet med LAR-medikament og dosering blant pasienter ved kommunale LAR-sentre i Bergen.

Jan Tore Daltveit

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Antall LAR-pasienter øker og de fleste blir værende lenge i behandlingen. En av tre LAR-pasienter avbryter imidlertid behandlingen, og det er et behov for å undersøke LAR-pasienters erfaring og tilfredshet med ulike sider av LAR-behandlingen, spesielt i forhold til medikamentvalg og dosering.

Metode: I begynnelsen av 2014 ble en anonym spørreundersøkelse gjennomført blant LAR-pasienter (n=304) ved seks kommunale LAR-sentre i Bergen. Totalt samtykket 219 til å delta i undersøkelsen.

Resultater: Svarprosenten var 74. Av disse sto 49 prosent på metadon og 51 prosent på et buprenorfin-preparat. Nåværende LAR-medikament og dosering ble oppgitt som utilstrekkelig i forhold til pasientenes behov hos henholdsvis 52 og 65 prosent av pasientene. For lav dosering ble oppgitt av 66 prosent prosent av pasientene. En høy andel (70-95 %) av pasientene mottok behandling med det hovedvirkestoffet (metadon eller buprenorfin) de ønsket. Subutex® var klart foretrukket blant pasienter på et buprenorfin-preparat, mens metadon var klart foretrukket av metadon-pasienter. Blant metadon-pasientene ønsket 6 prosent heller et buprenorfin-preparat (utelukkende Subutex®), mens kun en pasient på buprenorfin monopreparat ønsket metadon. En av fire (24 %) av Suboxone®-pasientene ønsket heller metadon. Kun to pasientene i undersøkelsen ønsket Suboxone®.

Konklusjon: Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at LAR-pasientenes ønsker og preferanser i stor grad blir vektlagt i forhold til valg av hovedvirkestoff, men at valg av spesifikt LAR-medikament og dosering er mer styrt av andre forhold enn pasientens preferanser. Det er grunn til å tro at en større individuell tilpasning, i forhold til spesifikt medikamentvalg og dosering, kan være et viktig bidrag til å oppnå økt pasienttilfredshet og redusere unødvendig behandlingsfravall.

Forord

En lang faglig reise er snart slutt.

Først en takk til min arbeidsgiver, Avdeling for rusmedisin ved Haukeland universitetssjukehus, for å ha gitt meg mulighet til å ta dette studiet. En takk går også til min leder og mine kolleger ved seksjon Forsking og utvikling (FoU).

En stor takk går til pasienter og ansatte ved LAR Arna, LAR Fyllingsdalen, LAR Laksevåg, LAR Nesttun, LAR Årstad og LAR Åsane. Uten dere hadde vi ikke fått til denne undersøkelsen! En stor takk går også til ledelsen ved AFR seksjon LAR og LAR-sentrene: Christian Ohldieck, Gry Dale og Birthe Napsholm. En stor takk går også til Øystein Jørgensen i LAR-Nett for gode innspill og hjelp ved under planleggingen og gjennomføringen av undersøkelsen. Jeg vil også takke min veileder Sverre Nesvåg.

En spesiell takk går også til min samboer Reidun, min sønn Ole Eivind og familien for øvrig for støtten og tålmodigheten gjennom disse tre årene.

Bergen, 12. oktober 2014

Jan Tore Daltveit

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Legemiddelassistert rehabilitering.....	1
1.2	Måling av pasienterfaringer og pasienttilfredshet	4
2	Metode.....	7
2.1	Forskningsstrategi og design	7
2.2	Populasjon og utvalg	7
2.3	Etikk.....	8
2.4	Spørreskjema og datainnsamling.....	9
2.5	Bearbeiding og analyse av data	13
3	Resultat.....	14
3.1	Svarprosent	14
3.2	Bakgrunnsvariabler.....	14
3.3	Nåværende LAR-medikament	15
3.4	Nåværende dosering	16
3.5	Tilfredshet med nåværende LAR-medikament	17
3.6	Ønsket LAR-medikament.....	17
3.7	Tilfredshet med nåværende dosering av LAR-medikament.....	18
3.8	Opplevelse av doseringen.....	18
4	Diskusjon.....	20
5	Konklusjon	22
	Litteraturliste	23
	Vedlegg	27

1 Innledning

1.1 Legemiddelassistert rehabilitering

Vedlikeholdsbehandling med opioider ved opioidavhengighet har vært et landsdekkende tilbud i Norge siden 1998, under navnet legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (Helsedirektoratet, 2010). Fra 1998 har antallet pasienter som legemiddelassistert rehabilitering økt fra 204 i 1998 til 7038 ved utgangen av 2012 (Hansen & Waal, 2004; Waal, Bussesund, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2013). Fra 2012 til 2013 var økningen imidlertid beskjeden og ved utgangen av 2013 var det 7.055 personer i LAR (Waal, Bussesund, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2014).

En økt satsning på LAR inngår som et sentralt ledd i handlingsplanen mot åpne russcener i Bergen (Bergen kommune, 2012). I den forbindelse er det en uttalt målsetting at 80 prosent, av de antatt 1500 opiatavhengige i Bergens-området, skal motta LAR (Otterlei, 2014).

Da Avdeling for rusmedisin (AFR) overtok ansvaret for LAR i Helse Bergen-området i januar 2011, var det 603 LAR-pasienter i Helse Bergen-området (Waal, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2011). Ved utgangen av 2013 var dette økt til 919 pasienter (Waal et al., 2014). Mens økningen i antall LAR-pasienter ser ut til å ha flatet ut noe på landsbasis (Waal et al., 2014), ser det ut til at økningen fortsetter i Helse Bergen. I begynnelsen av september 2014 var det 987 personer som mottok LAR i Helse Bergen (Otterlei, 2014). Dette utgjør rundt 66 prosent av den antatte målpopulasjonen.

Fra legemiddelassistert rehabilitering ble et landsdekkende tilbud i 1998 og frem til 2002 var metadon mer eller mindre enerådende som LAR-medikament i Norge. I 2002 ble også buprenorfin, i form av Subutex®, tatt i bruk som LAR-medikament. I 2007 ble også kombinasjonspreparatet Suboxone®, med buprenorfin og nalokson tatt i bruk som LAR-medikament (Helsedirektoratet, 2010). Suboxone®, har vært et omstridt legemiddel helt siden det ble innført i 2007, og spesielt i Bergen (Morland, 2007; Stiftelsen Bergensklinikkene, 2007). Et fåtall pasienter mottar også behandling med andre legemidler som for eksempel langtidsvirkende morfin.

Det er tidligere vist store regionale forskjeller både i valg av og dosering av LAR-medikament, og at årsaken til dette trolig i større grad skyldtes sedvane og ideologi enn forskningsbasert kunnskap. Dette var også en viktig årsak til at det ble utarbeidet en Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Et av formålene med retningslinjen er blant annet å harmonisere LAR-tilbudet, og rette opp uønskede regionale forskjeller (Helsedirektoratet, 2010).

Statusrapporten for 2013 tyder imidlertid på at det fremdeles er til dels store forskjeller i praksis for valg av LAR-medikament mellom regioner. Statusrapporten for 2013 viser at andelen som mottar behandling med metadon varierer fra 32 til 50 prosent, buprenorfin monopreparat (Subutex® og det generiske legemiddelet buprenorfin) fra 7 til 41 prosent og buprenorfin/nalokson (Suboxone®) fra 15 til 61 prosent avhengig av region (Waal et al., 2014).

Også innen samme regionale helseforetak ser det ut som om praksis, i forhold til valg av LAR-medikament, også varierer mellom de lokale helseforetakene innen samme region. Innad i Helse Vest viser Statusrapporten for 2013 at andelen som får behandling med metadon varierer fra 16 til 41 prosent, buprenorfin monopreparat fra 31 til 46 prosent og buprenorfin/nalokson fra 10 til 50 prosent (Waal et al., 2014).

Også når det gjelder dosering er det forskjeller i gjennomsnittlig døgndose mellom de ulike regionene. For eksempel varierer gjennomsnittlig døgndose fra 93 til 106 mg for metadon og fra 14 til 20 mg for buprenorfin-preparatene (Waal et al., 2014). Det samme ser man også mellom de lokale helseforetakene for eksempel innen Helse Vest. I Helse Vest varierer gjennomsnittlig døgndose for metadon fra 99 mg til 107 mg, og for buprenorfin-preparatene varierer gjennomsnittlig døgndose fra om lag 14 til 17 mg (Waal et al., 2014).

Vedlikeholdsbehandling med opioider til opioidavhengige, er forbundet med en reduksjon både i rusmiddelbruk, dødelighet, sykelighet og kriminalitet (Skeie, Clausen, & Bukten, 2014). Dette gjelder også blant LAR-pasienter som fortsetter å injisere (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2013). Imidlertid er det årlig om lag 7 prosent av LAR-pasientene i Norge, og om lag 3 prosent i Helse Bergen, som av forskjellige årsaker avbryter eller avslutter LAR-behandlingen (Waal et al., 2014). Selv om det årlige frafallet er relativt lavt, avbryter om lag en av tre LAR-pasienter behandlingen over tid (Clausen, Åsland, & Kristensen, 2014). Det er bekymringsfullt siden undersøkelser viser at pasienter som avbryter LAR-behandlingen har en

høy dødelighet (Clausen et al., 2014; Skeie et al., 2014). Det er derfor pekt på behovet for å undersøke ulike faktorer ved LAR-behandlingen som kan bidra til å senke behandlings-frafallet (Clausen et al., 2014).

I tillegg til at pasienten kan avbryte behandlingen, kan manglende tilfredshet også ha en negativ innvirkning på pasientens involvering i sin egen behandling samt oppfatning og holdning til behandlingen (Barbosa, Balp, Kulich, Germain, & Rofail, 2012).

Som ansatt ved seksjon Forsking og utvikling (FoU) ved Avdeling for rusmedisin (AFR), ved Haukeland universitetssjukehus, registrerte jeg den økte satsingen på LAR. Samtidig registrerte jeg at det var mye diskusjon, både blant pasienter, blant kolleger og i media, om forskjellige forhold knyttet til LAR.

Med en voksende LAR-populasjon både i Helse Bergen og på landsbasis, sammen med at flertallet av disse blir værende i denne behandlingsformen over lang tid, så jeg et behov for å undersøke nærmere hvordan LAR-pasientene opplever LAR-behandlingen og andre tjenester i tilknytning til LAR. En av årsakene til det var at jeg litt tidligere hadde blitt oppmerksom på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) sitt arbeid med å utvikle spørreskjema og gjennomføre pasienterfaringsundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og ellers i spesialisthelsetjenesten (Dahle & Iversen, 2011). Jeg fant i tillegg ut at Helse Vest, sammen med Kunnskapssenteret, hadde utviklet to korte generiske spørreskjema for bruk i døgninstitusjoner og poliklinikker i Helse Vest (Sjetne, Bjertnæs, Iversen, & Olsen, 2009).

Det var imidlertid ingen ting som tydet på at det var planer om å gjennomføre pasienterfaringsundersøkelser blant LAR-pasienter verken lokalt eller nasjonalt. Ved gjennomgang av de eksisterende spørreskjema ble det tydelig at ingen av disse skjemaene omhandlet helt sentrale områder av LAR, og at det derfor var behov for å få modifisere spørreskjemaet slik at det ble mer tilpasset LAR-pasienter. Spesielt var det et behov for å undersøke nærmere forhold rundt medisineren.

De store variasjonene både mellom regioner og mellom lokale helseforetak, gjør at det er grunn til å stille spørsmål ved i hvilken grad pasientenes ønsker blir vektlagt i forhold til valg og dosering av LAR-medikament. I den forbindelse ville det være interessant å undersøke hvordan pasientene opplever både valg av LAR-medikament og hvilket LAR-medikament de egentlig ønsker. Likeledes ville det være interessant å undersøke hvordan pasientene opplever

dosering av LAR-medikament i forhold til opplevde behov. Forhåpentligvis vil dette prosjektet bidra til økt fokus på måling av pasienterfaringer og tilfredshet blant norske LAR-pasienter.

1.2 Måling av pasienterfaringer og pasienttilfredshet

I litteraturen benyttes begrepene *pasienterfaring* og *pasienttilfredshet*, og disse to begrepene er delvis overlappende (Holte, Bjertnaes, & Stavem, 2005). Og en utfordring innen måling av pasienttilfredshet er at det ikke finnes en felles definisjon på pasienttilfredshet. Det finnes derfor flere konkurrerende modeller for pasienttilfredshet (Hawthorne, 2006).

Brukermedvirkning og innhenting av pasienterfaringer er en lovpålagt oppgave, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og slik måling av pasienterfaringer er en viktig del av kvalitetsarbeidet innen helsetjenesten (Danielsen, Holmboe, Hansen, Førland, & Bjertnæs, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a; Helsedirektoratet, 2011). Dette er blant annet understreket i oppdragsdokumentet for 2013, til de regionale helseforetakene, hvor det fremgår at det er et sentralt mål om at pasienterfaringer skal innhentes og brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har ansvar for å gjennomføre nasjonale pasienterfaringsundersøkelser i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a), og som nevnt tidligere utviklet spørreskjema både for somatikk, psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. For avhengighetsbehandling foreligger det spørreskjema både for bruk i døgnopphold og i poliklinikk (Kunnskapssenteret, 2010), men det finnes imidlertid ingen skjema spesielt utviklet for bruk innen legemiddelassistert rehabilitering.

De årlige statusrapportene for LAR inneholder imidlertid to spørsmål om fornøydhet med LAR-behandlingen. Det ene skal besvares av pasienten, sammen med pasientens hovedkontakt, og det andre skal besvares av behandler. Pasient og behandler skal gi en samlet vurdering av LAR-behandlingen alt i alt. Disse opplysningene er tenkt brukt som et instrument for kvalitetssikring ved det enkelte LAR-senter (Waal et al., 2013). I 2013 ble det oppgitt at 49 prosent av norske LAR-pasienter var fornøyd med behandlingen, 21 prosent var mellomfornøyd (både/og) og

om lag 7 prosent var misnøyd. Tilsvarende tall for Helse Bergen var henholdsvis 48, 25 og 6 prosent (Waal et al., 2014).

Så hvorfor er ikke målingen av pasienttilfredshet i de årlige statusrapportene tilstrekkelig? LAR-pasientene underlagt et av de strengeste behandlingsregimene i det norske helsevesenet, og kan blant annet underlegges både kontroll med utdeling, overvåket inntak og urinprøvekontroll (Helsedirektoratet, 2010). Det er vist at frykt for negative konsekvenser fra foreskrivende lege, eller personell som deler ut LAR-medikamenter, kan være til hinder for at pasienten uttrykker misnøye med behandlingen eller kommer med forslag til endringer (Kehoe, Wodak, & Degenhardt, 2004). Siden det er pasientens hovedkontakt som fyller ut statusrapporten og pasienten ikke kan svare anonymt, vil en slik undersøkelse være sårbar for responsbias i form av sosial ønskelighet (Martinussen et al., 2010). I tillegg har bruk av et enkelt globalt spørsmål om pasienttilfredshet, som i Statusrapporten, en tendens til å gi for positive svar (Hawthorne, 2006).

Når det gjelder behandlers vurdering av om behandlingen er vellykket er det blant annet vist at klinikers vurdering ikke alltid samsvarer med pasientens vurdering (Hawthorne, 2006; Trujols et al., 2011).

En anonym pasienterfaringsundersøkelse vil imidlertid kunne belyse og få frem forhold ved LAR-behandlingen, som det ellers er vanskelig å avdekke gjennom statusrapportene eller behandlingssamtaler. En slik innhenting av pasienterfaringer i form av en pasienterfaringsundersøkelse, regnes som brukermedvirkning på systemnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Internasjonalt er det et økende fokus på måling av pasienterfaring og tilfredshet blant pasienter som mottar vedlikeholdsbehandling med opioider. I følge Trujols, Iraurgi, Oviedo-Joekes, & Guàrdia-Olmos (2014) bør følgende komponenter inngå i en undersøkelse av tjenester som tilbyr vedlikeholdsbehandling med opioider:

1. Pasientens forventninger og mål for behandlingen eller intervensjonen,
2. Pasientenes oppfatninger eller meninger om den medikamentelle behandlingen,
3. Pasientenes vurdering av relasjonen til behandlerne,

4. I hvilken grad de opplever å få delta i beslutninger og preferanser i forhold til å ha en deltakende rolle eller ikke,
5. Indikatorer på hvordan pasienten opplever kvaliteten,
6. Pasientens oppfatning av udekkede behov, og
7. Grad av tilfredshet med behandlingen.

I forhold til LAR, hvor LAR-medikamentet spiller en så stor rolle, er det derfor viktig at en pasienterfaringsundersøkelse også måler det som Shikiar & Rentz (2004) kaller *tilfredshet med medisinerings* og som Trujols et al. (2014) peker på i punkt 2 over.

Dersom en pasient er misfornøyd med sin medisinerings vil det kunne gjøre pasienten mindre tilfreds og positiv til resten av behandlingen og med helsetjenesten (Shikiar & Rentz, 2004) og motsatt.

I følge Shikiar og Rentz (2004) kan pasienttilfredshet ses på som en pyramide hvor *tilfredshet med helsetjenesten/systemet* utgjør den nederste delen av pyramiden. Den midterste delen består av *tilfredshet med behandlingen* og inkluderer blant annet forhold relatert til interaksjon mellom lege/helsepersonell og pasient, andre anbefalinger og tiltak enn den medikamentelle behandlingen, samt andre samtidige behandlingstiltak. I den øverste delen av pyramiden finner man *tilfredshet med medisinerings* som kan innbefatte lindring av symptomer/effekt, bivirkninger, hvor lettvin/praktisk det er å ta medikamentet/medikamentene, medikamentets innvirkning på helserelatert livskvalitet (HRQOL) med mer.

I forbindelse med mitt mastergradsstudium var det derfor naturlig å gjennomføre en pasienterfaringsundersøkelse blant LAR-pasienter i Helse Bergen, både som et mastergradsprosjekt og som et kvalitetssikringsprosjekt innen Avdeling for rusmedisin. Blant annet ønsket jeg å undersøke følgende forhold knyttet til LAR-medisinerings:

1. *Er LAR-pasientene ved LAR-sentrene tilfreds med sitt nåværende LAR-medikament?*
2. *Er LAR-pasientene ved LAR-sentrene tilfreds med sin nåværende dosering?*

2 Metode

2.1 Forskningsstrategi og design

I forhold til problemstillingen som jeg ønsket å undersøke vurderte jeg det slik at jeg ønsket å benytte en kvantitativ metode som forskningsstrategi, og at en tverrsnittdesign var det mest hensiktsmessige. Som datainnsamlingsteknikk ønsket jeg å benytte en spørreundersøkelse (survey) for selvutfylling.

Det var flere årsaker til å velge en slik studiedesign og datainnsamlingsteknikk. For det første kan man stille strukturerte og standardiserte spørsmål til et større utvalg av pasienter, fremskaffe talldata for deretter å kunne gi en statistisk beskrivelse av den aktuelle populasjonen (Ringdal, 2013). For det andre er det en av de mest benyttede metodene for datainnsamling (Ringdal, 2013). For det tredje er samme design valgt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), for å gjennomføre pasienterfaringsundersøkelser blant polikliniske og inneliggende pasienter innen avhengighetsbehandling, innen somatikk og psykisk helsevern (Kunnskapssenteret, 2010). Videre ga dette designet mulighet til å gjennomføre undersøkelsen anonymt slik at deltakerne lettere kunne svare ærlig på sensitive temaer. I tillegg ble dette designet valgt da denne type undersøkelser krever mindre ressurser og tid å gjennomføre (Ringdal, 2013).

2.2 Populasjon og utvalg

Ved utgangen av 2013 var det 919 pasienter som mottok LAR-behandling i Helse Bergen (Waal et al., 2014), og det hadde i utgangspunktet vært ønskelig å få gjennomført en pasienterfaringsundersøkelse blant alle disse pasientene. Mest aktuelt ville da være å gjøre et sannsynlighetsutvalg og trekke ut et forhåpentligvis representativt utvalg. Dette ville i så fall innebære utsending av spørreskjema i posten, noe som ble vurdert som lite hensiktsmessig. Generelt gir en utsending av spørreskjema i posten vanligvis et frafall på minst 50 prosent (Ringdal, 2013), og det er grunn til å tro at frafallet ville blitt enda større i den aktuelle pasientpopulasjonen.

Det ble i stedet bestemt å gjøre et ikke-sannsynlighetsutvalg og gjennomføre undersøkelsen ved de kommunale LAR-sentrene. Da planleggingen av prosjektet var det angivelig om lag 450 pasienter som fikk utlevert sitt LAR-medikament ved et av de syv LAR-sentrene i Bergen kommune. En høy andel av disse kunne potensielt nås ved å spørre pasientene om deltakelse og gjennomføre undersøkelsen på LAR-senteret i forbindelse med henting av LAR-medikament.

For at pasienter med mindre hyppig henteordning skulle få mulighet til å delta, samt at pasienter som var syke, hadde dårlig rusmestring eller ikke hadde tid, kunne få flere sjanser til å delta, skulle inklusjon foregå over en periode på om lag 2 uker ved hvert LAR-senter.

2.3 Etikk

I utgangspunktet ble prosjektet vurdert til å være et kvalitetssikringsprosjekt og at det ikke var omfattet av helseforskningsloven og krav om forhåndsgodkjenning fra regional etisk komité (REK). Siden det var en teoretisk mulighet for indirekte identifikasjon ved en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger ble prosjektet imidlertid vurdert som meldepliktig til

Pasientvernombudet i Helse Bergen (Carlsen et al., 2012; Fellesorganet for REK (FREK), 2011; Personvernombudet for forskning, 2012a, 2012b). Selv om prosjektet var forankret både i ledelsen ved Avdeling for rusmedisin og ved de kommunale LAR-sentrene, var det imidlertid litt usikkerhet om prosjektet burde fremlegges for REK. Selv om Avdeling for rusmedisin hadde det medisinskfaglige ansvaret for pasientene var det kommunen som driftet LAR-sentrene og hadde ansvar for utdeling av LAR-medikamentet. Etter anbefaling fra personvernombud i Helse Bergen, ble det sendt en fremleggingsvurdering til REK. Prosjektet ble vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest), til ikke å være fremleggingspliktig for REK. Prosjektet ble deretter meldt til Personvernombudet i Helse Bergen og godkjent som et kvalitetssikringsprosjekt.

I forbindelse med planleggingen av prosjektet ble det klart at det var ønskelig å gjennomføre undersøkelsen på en slik måte at pasientene ikke trengte å lese gjennom og fylle ut et eget samtykkeskjema. Et ekstra samtykkeskjema ville trolig fått en del pasienter som var interessert i å delta til å trekke seg, og det hadde sannsynligvis vært noen av pasienten som det var viktigst å få med i undersøkelsen. Regelverket åpner imidlertid for at retur av utfylt spørreskjema (uten personens underskrift) kan vurderes som et tilstrekkelig dokumenterbart

samtykke, ved gjennomføring av spørreundersøkelser av lite invasiv karakter (Carlsen et al., 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Forutsetning er at det uttrykkelig slås fast overfor deltakerne at det er frivillig å delta i undersøkelsen og at ferdig utfylt skjema anses som gyldig samtykke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Dette ble det informert om både på plakat og informasjonsskriv som ble hengt opp på forhånd, samt i informasjonsskriv som ble delt ut sammen med spørreskjemaet.

Som en symbolsk kompensasjon for pasientens tidsbruk ble det også bestemt at pasienter som sa seg villig til å delta i undersøkelsen skulle få et Flax-lodd i konvolutten sammen med informasjonsskrivet og spørreskjemaet. Det ble imidlertid ikke stilt noe krav til at pasienten måtte fylle ut skjemaet for å beholde Flax-loddet. En slik bruk av ubetingede incentiver i form av Flax-lodd er tidligere vist å kunne øke svarandelen ved en spørreskjemaundersøkelse blant norske fastleger (Tjerbo, Kværner, Botten, & Aasland, 2005). Flax-lodd benyttes også i andre pågående studier blant ruspasienter i Helse Vest. Verdien av Flax-loddet ble vurdert å være så lav at det ikke medfører utilbørlig påvirkning i forhold til deltakelse (Hovland, 2012).

2.4 Spørreskjema og datainnsamling

Det var en rekke vurderingen som ble gjort i forbindelse med utviklingen av spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen. Her presenteres noen av de viktigste.

I 2006 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) en systematisk litteraturgjennomgang av validerte måleinstrumenter for måling av pasienterfaringer innen avhengighetsbehandling. Disse verktøyene ble i den forbindelse vurdert og Kunnskapssenteret konkluderte med at ingen internasjonale spørreskjema kunne anvendes direkte på norske forhold (Dahle & Iversen, 2011). I etterkant av dette har Kunnskapssenteret utviklet spørreskjema for måling av pasienterfaringer for avhengighetsbehandling. Det foreligger en langversjon for døgninstitusjoner og to korte generiske spørreskjema for bruk i døgnopphold og i poliklinikk (Kunnskapssenteret, 2010).

Basert på Kunnskapssenterets konklusjon og at det forelå validerte spørreskjema på norsk for bruk i avhengighetsbehandling, ble det vurdert som lite hensiktsmessig å oversette og kvalitetssikre et utenlandsk skjema. Siden Kunnskapssenterets skjema også lå tilgjengelig for nedlasting i redigerbart Word-format, var det naturlig å benytte dette skjemaet som utgangspunkt for å lage et eget spørreskjema for måling av pasienterfaringer blant LAR-

pasienter. Ved å benytte en del av de samme validerte spørsmålene, ville det også være mulig å sammenligne med tilsvarende undersøkelser både innen avhengighetsbehandling, somatikk og psykisk helsevern. Tillatelse til modifisering og bruk av Kunnskapssenteret sitt skjema ble også innhentet.

I forbindelse med modifiseringen av skjemaet ble spørsmål som ble vurdert som lite aktuelle for LAR-pasienter fjernet og nye mer relevante spørsmål knyttet til LAR-behandlingen ble lagt til. Disse ble hovedsakelig konstruert basert på egen og kollegers kliniske erfaring, men brukerrepresentant fra LAR-Nett ble også tatt med på råd. Det ble så langt som mulig forsøkt å formulere spørsmålene slik at man i størst mulig grad benyttet samme type svaralternativer som i originalskjemaet. Det endelige spørreskjemaet inneholdt totalt 80 spørsmål med svaralternativer, samt at pasientene også kunne svare på to åpne spørsmål dersom de ønsker det. Årsak til at spørreskjemaet ble så pass omfattende var at pasientene blant annet ble bedt om å besvare åtte spørsmål om opplevelser i møte med både personell ved Avdeling for rusmedisin, ved utdelingsstedet (LAR-sentrene) og fastlege. I tillegg ble det lagt inn en del spørsmål vedrørende opplevelse av tjenester hos NAV/sosialtjenesten. Spørreskjemaet ble derfor vesentlig lengre enn for døgnopphold i TSB (45 spørsmål) og litt lengre enn for somatiske sengeposter (73 spørsmål) (Kunnskapssenteret, 2010).

Siden mange pasienter som mottar vedlikeholdsbehandling med opioider i tillegg er ruspåvirket er det nødvendig med et kortest mulig spørreskjema (Pérez de los Cobos et al., 2002). Imidlertid er inneholder et validert og anerkjent internasjonalt spørreskjema (VSS-MT), for måling av pasienttilfredshet blant pasienter som mottar vedlikeholdsbehandling, 38 spørsmål (Pérez de los Cobos et al., 2004).

Antall spørsmål i spørreskjemaet ble imidlertid vurdert som akseptabelt av brukerutvalget for LAR. I tillegg gav LAR-pasientene som testet ut skjemaet tilbakemelding om at skjemaet var litt langt, men at det allikevel var relevante spørsmål. Det ble derfor besluttet å prøve ut spørreskjemaet uten å korte det ned. Spørsmålene som vi antok var mest interessant for pasientene var plassert så langt frem i skjemaet som mulig, og det ble vurdert som akseptabelt og var forventet at en del av spørsmålene mot slutten av skjemaet ikke ville bli fylt ut. Ved en eventuell revisjon av spørreskjemaet vil spørsmål hvor en høy andel pasienter har krysset av på «ikke aktuelt» eller ikke har besvart, være kandidater til å bli fjernet.

I følge Shikiar & Rentz (2004) er et av hoveddomenene, i *tilfredshet med medisineringen*, i hvilken grad pasienten opplever at medisineringen virker og lindrer symptomene. Og ifølge Trujols et al. (2014) bør man måle oppfatninger eller meninger om den medikamentelle behandlingen når man skal gjennomføre slike undersøkelser blant pasienter som mottar vedlikeholdsbehandling med opioider.

Siden Kunnskapssenteret sine skjema ikke inneholdt spørsmål som i tilstrekkelig grad omhandlet pasientens opplevelse av medikament eller dosering ble følgende spørsmål fra Kunnskapssenteret brukt som utgangspunkt: «*Opplever du at behandlingen har vært tilpasset dine behov?*» (Haugum, Iversen, & Bjertnæs, 2013). Følgende to spørsmål ble formulert på bakgrunn av dette spørsmålet:

- a) *Opplever du at valg av LAR-medikament er tilpasset dine behov?*
- b) *Opplever du at doseringen av LAR-medikament er tilpasset dine behov?*

Disse to spørsmålene inngår henholdsvis i tabell 3 og tabell 4 i min artikkel, og positive svar på disse spørsmålene ble regnet som tilfredshet med LAR-medikament og/eller dosering i artikkelen.

I tillegg ble det formulert to spørsmål om hvilket LAR-medikament pasienten står på og hvilket LAR-medikament pasienten ønsker å stå på. Det ble også formulert et spørsmål som omhandlet hvordan pasienten opplever doseringen. Spørsmål og svaralternativer er gjengitt i tabell 4 i artikkelen.

Det ble vurdert slik at sannsynligheten for at mange av pasientene ville glemme eller miste skjemaet sitt om de fikk det med hjem var svært høy. I tillegg ville dette potensielt kunne skape unødvendige konflikter dersom pasienter kom tilbake og ba om nye spørreskjema og evt. nye Flax-lodd. En slik ordning ville også gjøre det nødvendig å minne pasientene på å ta med skjemaene tilbake. Det ble derfor vurdert som mest hensiktsmessig at skjemaet ble utfyllt mens pasienten var på LAR-senteret. For å legge til rette for dette fikk man, i samarbeid med de ansatte, satt av et eller flere rom hvor pasientene kunne sitte og fylle ut skjemaet relativt uforstyrret.

De ansatte skulle heller ikke hjelpe pasientene med utfylling av skjema. Via oppslag og informasjonsskriv ble det gjort oppmerksom på at undertegnede eller en representant fra LAR-Nett kunne bistå om de trengte hjelp i forbindelse med utfyllingen. Vi var til stede på hvert LAR-senter de to første dagene undersøkelsen pågikk der, og kunne evt. tilkalles dersom noen ønsket hjelp etter det. Samtidig kunne de ansatte også spørre om det var noe som var uklart i forhold til inklusjon og gjennomføring av undersøkelsen.

For å kunne gjøre en frafallsanalyse, ble det besluttet å ta i bruk samme type logg ved personlig utlevering av skjema som tidligere er benyttet av Kunnskapssenteret (Sjetne et al., 2009). De ansatte skulle fortløpende føre logg over «utdelingsstatus», dvs. hvem som hadde fått utlevert skjema, hvem man hadde glemt å spørre/dele ut skjema til, hvem som hadde takket nei til å delta, om pasienten var ekskludert samt evt. andre årsaker til at pasienten ikke hadde blitt forespurt. I tillegg til utdelingsstatus ble også pasientens kjønn, alder (i tiårsgrupper) og medikament registrert i loggen. Loggen inneholdt også navn på LAR-senter.

Pasientens initialer ble ført på loggen, men denne del av loggen ble klippet bort av de ansatte før loggen ble samlet inn av undertegnede etter at undersøkelsen var avsluttet). En slik logg var spesielt hensiktsmessig siden undersøkelsen ikke bare ble gjennomført på en enkelt dag, men over en periode på to uker ved hvert senter. Dersom en pasient ikke hadde daglig henting, ikke hadde tid eller var i form den dagen de ble forespurt så kunne man evt. notere i loggen om og evt. når pasienten kunne spørres igjen. Dermed kunne man unngå å spørre en person flere ganger, eller spørre igjen pasienter de som hadde oppgitt at de ønsket å bli spurt igjen en annen dag.

2.5 Bearbeiding og analyse av data

Etter utfylling ble skjema lagt i vedlagte konvolutt og lagt i en egen forseglet innleveringsboks. Boksen ble hentet av undertegnede om lag to uker etter inklusjon hadde startet. Kodebok var utformet og besvarelsene og logg-skjemaene ble lagt inn i og analysert i IBM SPSS Statistics 22.

Som første artikkel fra dette datamaterialet har jeg valgt å presentere deskriptiv statistikk basert på spørsmålene knyttet til medisinerings samt bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, nåværende LAR-medikament og nåværende dose. I artikkelen presenteres enveis (univariate) frekvensfordelinger og toveis (bivariate) krysstabeller. Artikkelen er skrevet med tanke på innsending til Tidsskrift for den norske legeforening.

I undersøkelsen ble det kun spurt om hvilket årstall pasienten ble født og det var derfor ikke mulig å kalkulere nøyaktig alder. Alder ble derfor kalkulert ved å trekke oppgitt fødselsår fra årstallet for undersøkelsen (2014). På bakgrunn av kalkulert alder ble det laget ny variabel hvor pasientene ble inndelt i de samme sju aldersgruppene som i logg for utdelte skjema.

3 Resultat

3.1 Svarprosent

Av de 304 som ble vurdert for inklusjon fikk 219 pasienter (72,0 %) utlevert skjema. Av disse ble 163 skjema returnert (74,4 %), det vil si 53,6 prosent av pasientene tilknyttet LAR-senteret.

Per 1.1.2014 var det, i følge lederne ved de kommunale LAR-sentrene, 362 pasienter som hadde utlevering av LAR-medikament ved LAR-sentrene (G. Dale, e-post 19. juni 2014 og B. Napsholm, e-post 20. juni 2014). Det kan derfor ha vært så mange som 58 pasienter som ikke ble vurdert i forhold til inklusjon og blitt ført opp i loggen.

3.2 Bakgrunnsvariabler

Fordelingen av menn og kvinner blant deltakerne i undersøkelsen stemmer godt over ens med fordelingen blant pasientene som i følge loggen var tilknyttet LAR-sentrene (tabell 1).

Kjønnsfordelingen stemmer også relativt godt over ens med fordelingen blant LAR-pasientene i Helse Bergen i 2013 (Waal et al., 2014).

Tabell 1 Kjønnsfordeling blant deltakere og LAR-pasienter ved LAR-sentrene (*) og gjennomsnittsalder (kun respondenter), sammenlignet med data fra statusrapporten for LAR 2013.

	Deltakere	Pasienter ved LAR- sentrene*	Helse Bergen, 2013 (***)	Norge, 2013 (***)
Menn (%)	73,0	73,7	72,1	69,8
Kvinner (%)	27,0	26,3	27,9	30,2
Gjennomsnittsalder (år)	41,7	(**)	39,9	42,7
* Registrert i logg for utdeling av skjema.				
** Kun registrert aldersgruppe i logg.				
*** Data fra Statusrapport 2013(Waal et al., 2014)				

Siden alder eller fødselsår ikke ble registrert i loggen, og kun registrert som aldersgruppe, var det ikke mulig å sammenligne gjennomsnittsalder med deltakerne i undersøkelsen. Tabell 1 viser imidlertid at gjennomsnittsalderen blant deltakerne i studien var litt høyere enn gjennomsnittsalderen på LAR-pasienter i Helse Bergen (Waal et al., 2014).

Tabell 2 Fordeling etter aldersgruppe.

Aldersgruppe	Deltakere (n=163)	Pasienter ved LAR-sentrene (n=304)
18-20 år	-	-
21-30 år	12,3 %	13,2 %
31-40 år	28,2 %	34,5 %
41-50 år	44,8 %	41,1 %
51-60 år	12,9 %	9,5 %
61-70 år	1,8 %	1,6 %
71-	-	-

Av plasshensyn var det ikke plass i artikkelen til å ta med fordeling etter aldersgruppe slik som det fremgår i tabell 2. Når deltakerne ble inndelt i henhold til aldersgruppe viser resultatene imidlertid at det både aldersgruppen 21-30, men spesielt aldersgruppen 31-40 var dårligere representert blant deltakerne i undersøkelsen. Når det gjaldt de eldre aldersgruppene så var det en høyere andel som deltok i undersøkelsen enn tilsvarende fordeling ved LAR-sentrene.

3.3 Nåværende LAR-medikament

Andelen pasienter som fikk behandling med metadon (tabell 2 i artikkelen) stemte relativt godt over ens med det som var registrert i loggen (tabell 3 nedenfor), men metadonandelen ved LAR-sentrene er imidlertid høyere enn metadon-andelen for Helse Bergen (40,8 %) (Waal et al., 2014).

Også når det gjaldt buprenorfin-preparater stemte fordelingen relativt godt over ens med det som var registrert i loggen hvor 50,0 prosent fikk et buprenorfin preparat i form av monopreparat (38,5 %) eller kombinasjonspreparat med buprenorfin/nalokson (11,5 %). Andelen som fikk buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparat var noe lavere enn i

Helse Bergen hvor 45,5 prosent sto på buprenorfin monopreparat og 10,1 prosent på kombinasjonspreparat med buprenorfin/nalokson i 2013 (Waal et al., 2014).

Tabell 3 Fordeling av LAR-medikament blant

LAR-pasienter ved sentrene (n=304)

	Antall	(%)
<i>Fordeling av LAR-medikament i henhold til logg for utdelte skjema</i>		
Suboxone®	35	(11,5)
Subutex®/buprenorfin (**)	117	(38,5)
Metadon	151	(49,7)
Annet	1	(0,3)
Totalt	304	(100,0)
** Generisk legemiddel		

3.4 Nåværende dosering

Siden dose ikke ble registrert i logg kan det ikke gjøres en sammenligning av gjennomsnittlig døgndose blant deltakerne og pasientene ved LAR-sentrene. Gjennomsnittlig døgndose for metadon blant deltakerne, gjengitt i tabell 2 i artikkelen, er imidlertid 1 mg lavere enn gjennomsnittlig døgndose i Helse Bergen (98,9 mg). Når det gjelder buprenorfin monopreparat (Subutex® eller det generiske legemiddelet buprenorfin) var deltakerne i undersøkelsen nesten 1 mg høyere dosert sammenlignet med pasientene i Helse Bergen (17,4 mg). Om man ser på gjennomsnittlig døgndose blant de som sto på det generiske legemiddelet buprenorfin (17,5 mg), omtrent likt dosert med gjennomsnittet i Helse Bergen (Waal et al., 2014). Imidlertid var gjennomsnittlig døgndose blant pasientene på Subutex® (20,5 mg) var i denne undersøkelsen 3 mg høyere enn blant de som sto på det generiske legemiddelet buprenorfin. Gjennomsnittlig døgndose blant deltakerne i undersøkelsen som sto på Suboxone® var imidlertid mer enn 2 mg høyere enn gjennomsnittlig døgndose i Helse Bergen (15,6 mg) (Waal et al., 2014).

3.5 Tilfredshet med nåværende LAR-medikament

Tabell 3 i artikkelen viser at i underkant av halvparten (47,4 %) av LAR-pasientene oppga at deres LAR-medikament «i stor grad/svært stor grad» var tilpasset deres behov. Mest fornøyd var pasientene som fikk behandling med Subutex®, hvor 66,7 prosent oppga at medikamentet «i stor grad/svært stor grad» var tilpasset deres behov. Tilsvarende tall hos pasienter som sto på metadon og buprenorfin var på henholdsvis 53,7 og 42,5 prosent. Kun 13,3 prosent av pasientene på Suboxone® oppga at medikamentet «i stor grad/svært stor grad» var tilpasset deres behov.

En av tre LAR-pasienter (33,6 %) var mellomfornøyd, det vil si at de oppga at LAR-medikamentet bare «i noen grad» var tilpasset deres behov. Høyest andel av pasientene som oppga å være mellomfornøyd, fant man blant pasientene på buprenorfin (42,5 %), etterfulgt av Suboxone® (40,0 %), metadon (29,9 %) og Subutex® (26,7 %).

Videre oppga i underkant av en av fem pasienter (18,2 %) å være misfornøyd med LAR-medikamentet ved at deres nåværende LAR-medikament «i liten grad» eller «ikke i det hele» tatt var tilpasset deres behov. Mest misfornøyd var pasientene som fikk behandling med Suboxone®, hvor hele 40 prosent oppga at medikamentet «i liten grad/ikke i det hele tatt» var tilpasset deres behov. Deretter fulgte metadon (16,4 %), buprenorfin (15,0 %) og Subutex® (13,4 %).

3.6 Ønsket LAR-medikament

I tabell 3 i artikkelen fremgår det at 49,0 % av pasientene ønsket å stå på et buprenorfin-preparat. Subutex® var det klart mest foretrukne buprenorfin-preparatet (tabell 3). Åtte av ti (81,1 %) pasienter på Subutex® ønsket å stå på dette medikamentet, mens tilsvarende tall hos dem som sto på buprenorfin eller Suboxone® var på henholdsvis 67,4 og 52,9 prosent. Imidlertid var det kun 4,5 prosent av metadonpasientene som ønsket å stå på Subutex®.

Metadon var ønsket som LAR-medikament hos 44,8 prosent av pasientene, og nesten ni av ti (88,1 %) av metadon-pasientene hadde metadon som foretrukket LAR-medikament. Blant pasientene som fikk buprenorfin var det kun en pasient (2,3 %) som ønsket metadon, mens blant pasientene på Suboxone® var det nesten en av fire (23,5 %) som heller ønsket metadon. Ingen av pasientene på Subutex® ønsket metadon.

Kun 2 pasienter, som begge mottok behandling med Suboxone®, hadde Suboxone® som foretrukket LAR-medikament. Ingen pasienter som mottok buprenorfin monoterapi eller metadon ønsket Suboxone®.

3.7 Tilfredshet med nåværende dosering av LAR-medikament

Totalt sett oppga en av tre (33,8 %) at doseringen av LAR-medikamentet «i stor grad/svært stor grad» var tilpasset deres behov (tabell 4). Mest fornøyd med doseringen var pasientene som sto på Subutex® (50,1 %), etterfulgt av metadon (32,8 %), buprenorfin (30,9 %) og Suboxone® (29,4 %).

En av tre LAR-pasienter (33,8 %) oppga at medikamentet bare «i noen grad» var tilpasset deres behov. Høyest andel som var mellomfornøyd fant man blant pasienter som sto på buprenorfin (47,6 %), etterfulgt av Suboxone® (35,3 %), Subutex® (31,3 %) og metadon (24,6 %).

Videre oppga 31,6 prosent av pasientene at medikamentet «i liten grad/svært liten grad» var tilpasset deres behov. Flest misfornøyd med doseringen fant man blant pasienter på metadon (42,7 %), etterfulgt av Suboxone® (29,4 %), buprenorfin (21,4 %) og Subutex® (18,8 %).

3.8 Opplevelse av doseringen

I følge tabell 4 i artikkelen var andelen som opplevde doseringen som «akkurat passe» var på 30,3 prosent. Høyest andel som opplevde doseringen av LAR-medikament som «akkurat passe» fant man blant pasienter på Subutex® (58,8 %), etterfulgt av Suboxone® (47,1 %), buprenorfin (24,4 %) og metadon (23,3 %).

To av tre pasienter (65,8 %) oppga at de opplevde doseringen som «litt for lav/alt for lav». Høyest andel som rapporterte om for lav dosering fant man blant pasientene på metadon (76,8 %), etterfulgt av pasientene på buprenorfin (62,3 %), Suboxone® (52,9 %) og Subutex® (41,2 %).

Ingen av pasientene i denne undersøkelsen oppga at doseringen av deres LAR-medikament var «alt for høy», og kun 3,9 prosent oppga doseringen som «litt for høy». Dette var alle pasienter som sto på buprenorfin.

4 Diskusjon

Totalt fikk litt over halvparten av pasientene i undersøkelsen behandling med et buprenorfin-preparat, mens nesten like mange oppga at de ønsket behandling med et buprenorfin-preparat. En svært stor andel (70-95 %) av pasientene som allerede sto på et buprenorfin-preparat, oppga at de ønsket å stå på et buprenorfin-preparat. Dette kan tyde på en relativt høy grad av individuell tilpasning i forhold til valg av hovedvirkestoff, det vil si metadon eller buprenorfin. Unntaket ser ut til å være Suboxone®-pasientene, hvor 24 prosent heller ønsket metadon. Dette kan tyde på at valg av medikament har vært mer styrt av hensynet til forsvarlighet enn til pasientens ønske. Selv om Suboxone®, er anbefalt som førstevalg ved oppstart i LAR (Helsedirektoratet, 2010), mottok kun 11 prosent av pasientene behandling med Suboxone®.

Også blant pasientene som fikk behandling med metadon tyder resultatene på at de fleste har fått det medikamentet de ønsker i forhold til hovedvirkestoff. Av disse oppga nesten ni av ti at det var metadon de ønsket.

Til tross for at de fleste får behandling med det hovedvirkestoff de ønsker, oppgir mer enn halvparten av pasientene allikevel at det nåværende LAR-medikament ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset deres behov. Dette kan være et uttrykk for at pasientenes ønsker i forhold valg av spesifikt metadon- eller buprenorfin-preparat ikke er særlig ivaretatt.

Både spørsmålet om LAR-medikamentet er tilpasset pasientens behov, og spørsmålet om doseringen er tilpasset pasientens behov, gir imidlertid ikke svar på hva som spesifikt oppleves som bra eller dårlig med medikamentet eller doseringen.

Mulige forklaringer på at pasienter ikke er tilfreds med sitt medikament kan for eksempel være en opplevelse av for dårlig effekt, ubehag ved inntak, bivirkninger eller bekymringer for mulige langtidseffekter. Dette kan være bakgrunn for at enkelte pasienter uttrykker ønske om metadon-tabletter fremfor mikstur, levometadon fremfor racemisk metadon, Subutex®/buprenorfin fremfor Suboxone® eller opiatier fremfor metadon eller buprenorfin.

Selv om buprenorfin og Subutex® skal være likeverdige, kan forskjell i tilfredshet skyldes en generell skepsis mot å få et synonympreparat, slik som man har sett ved generisk bytte av medikamenter hos andre pasientgrupper (Kjønniksen, Lindbæk, & Granås, 2005). Men det

kan også være at pasientene opplever forskjell i effekt, bivirkninger, smak eller oppløsningstid selv om medikamentene ellers skal være likeverdige. Det kan også tenkes at det oppleves som forskjellsbehandling at noen får Subutex®, mens andre må stå på buprenorfin eller Suboxone®. Men også misnøye med andre sider ved LAR-behandlingen kan påvirke tilfredshet med medisineringsen.

At Suboxone® kommer så dårlig ut er ikke overraskende siden medikamentet har vært omdiskutert, helt siden det ble innført i 2007 (Morland, 2007; Stiftelsen Bergensklinikkene, 2007), samtidig var det flere av Suboxone®-pasientene som foretrakk Suboxone®.

Hele to av tre LAR-pasienter oppga at doseringen ikke var tilstrekkelig tilpasset deres behov og like mange opplevde å være for lavt dosert. Dette gjaldt spesielt pasientene på metadon og buprenorfin. At pasientene oppgir at doseringen ikke er tilstrekkelig tilpasset deres behov kan skyldes for høy eller lav dosering, at dosen ikke er tilstrekkelig for å dempe abstinenser/sug eller at dosen ikke holder til neste inntak. At pasienter på Subutex® i gjennomsnitt var høyere dosert enn pasienter på andre buprenorfin-preparater kan også oppleves som forskjellsbehandling om dette er kjent for pasientene.

I forhold til de to spørsmålene om dosering ble det observert at det var mange pasienter som valgte å hoppe over spørsmålet hvor de skal svare på om doseringen er tilpasset deres behov. Mens 136 personer svarte på det spørsmålet var det 152 personer som svarte på spørsmålet hvor de skulle ta stilling til om doseringen var for høy, lav eller akkurat passe. En mulig tolkning kan være at behov i spørsmålet både kan tolkes hva pasienten faktisk trenger og hva pasienten har lyst til og at pasientene enten ikke kan eller vil svare på spørsmålet.

Styrker ved undersøkelsen er blant annet at undersøkelsen er anonym, at den ble gjennomført ved alle de seks LAR-sentrene i Bergen og hadde en relativt høy svarprosent. I tillegg er det en styrke at fordelingen både i forhold til alder, kjønn og medikament er omtrent lik blant deltakerne og blant populasjonen ved LAR-sentrene.

Svakheter ved undersøkelsen er at det er brukt et spørreskjema som ikke er tilstrekkelig validert. Spesielt gjelder det spørsmålene vedrørende medisineringsen. Lengden på spørreskjemaet kan muligens også ha påvirket datakvaliteten, i hvert fall mot slutten av spørreskjemaet. Resultatene er heller ikke generaliserbare, men kan trolig overføres til lignende populasjoner.

5 Konklusjon

Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at LAR-pasientenes ønsker og preferanser i stor grad blir vektlagt i forhold til valg av hovedvirkestoff, men at valg av spesifikt LAR-medikament og dosering er mer styrt av andre forhold enn pasientens preferanser. Det er grunn til å tro at en større individuell tilpasning, i forhold til spesifikt medikamentvalg og dosering, kan være et viktig bidrag til å oppnå økt pasienttilfredshet og redusere unødvendig behandlingsfravall.

Litteraturliste

- Barbosa, C. D., Balp, M. M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer Adherence*, 6, 39-48. doi: 10.2147/PPA.S24752
- Bergen kommune. (2012, 20.11.2013). Handlingsplan mot åpne russcener. Retrieved 10.09., 2014, from <http://www.bergen.kommune.no/aktuelt/tema/tiltak-mot-rus/9818/article-97477>
- Carlsen, K. C. L., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A. G., Jacobsen, A. F., & Omenaas, E. (2012). *Forskningshåndboken: fra idé til publikasjon. 5. utgave*. Oslo: Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.
- Clausen, T., Åsland, R., & Kristensen, Ø. (2014). Pasienter som avbryter LAR-behandling - hvordan går det med dem? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 134(11), 1146-1150. doi: 10.4045/tidsskr.13.0821
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Utvikling av metode for å måle pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (Vol. nr 1-2011). Oslo: Kunnskapssenteret.
- Danielsen, K., Holmboe, O., Hansen, S. L., Førland, O., & Bjertnæs, Ø. A. (2012). *Brukerfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater. PasOpp-rapport nr. 1-2012*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Fellesorganet for REK (FREK). (2011). *Kjennetegn som REK bør observere i spørsmål om kvalitetssikring vs. fremleggingspliktige prosjekter*. <http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/Content/275633/Kvalitetssikring%20vs%20framleggingspliktig%20prosjekt%20FREK%20des%202011.pdf>
- Gjersing, L., & Bretteville-Jensen, A. L. (2013). Is opioid substitution treatment beneficial if injecting behaviour continues? *Drug Alcohol Depend*, 133(1), 121-126. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.05.022
- Hansen, M. B., & Waal, H. (2004). *HVOR MANGE HVOR? Oversikt i landet, helseregioner og fylker for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering 1998 – 2003. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet oktober 2004* Oslo: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo.

- Haugum, M., Iversen, H. H., & Bjertnæs, Ø. A. (2013). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling –resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Hawthorne, G. (2006). *Review of Patient Satisfaction Measures*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Veileder til lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/Veileder%20til%20helseforskningsloven.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. St.meld. nr 10 (2012-13)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *Oppdragsdokument 2013. Helse Vest RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/OppdragsdokumentVest.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Kvalitet og kompetanse - ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. IS-1914*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holte, T. O., Bjertnaes, O. A., & Stavem, K. (2005). Er det sammenheng mellom sykehusstørrelse og pasienterfaringer? . *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125(12), 1685-1688.
- Hovland, B. I. (2012, 22. mars 2012). Betaling av forskningsdeltakere. Retrieved 12.10., 2014, from <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Betaling-av-forskningsdeltakere/>
- Kehoe, P., Wodak, A., & Degenhardt, L. (2004). *Patient satisfaction in a NSW public opioid pharmacotherapy clinic: measurement and responses*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Kjønniksen, I., Lindbæk, M., & Granås, A. G. (2005). Pasienters erfaringer med og holdninger til generisk legemiddelbytte. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125(12), 1682-1684.

- Kunnskapssenteret. (2010, 21. juni 2010). Spørreskjemabanken. Retrieved 12.10., 2014, from <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sp%C3%B8rreskjemabanken.9669.cms>
- Martinussen, M., Araï, D., Friborg, O., Hagtvet, K., Handegård, B. H., Jacobsen, B. K., . . . Mørch, W.-T. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Morland, J. (2007, 19.12.2007). Opprøret blant ex-narkomane kan føre fram. Retrieved 01.09, 2014, from <http://www.nrk.no/hordaland/ex-narkomane-i-oppror-1.4335147>
- Otterlei, S. S. (2014, 05.06.2014). Ruser seg illegalt på statens medisiner. Retrieved 03.09., 2014, from <http://www.nrk.no/hordaland/ruser-seg-pa-statens-medisiner-1.11744660>
- Pérez de los Cobos, J., Fidel, G., Escuder, G., Haro, G., Sánchez, N., Pascual, C., . . . Trujols, J. (2004). A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Depend*, 73(3), 307-313.
- Pérez de los Cobos, J., Valero, S., Haro, G., Fidel, G., Escuder, G., Trujols, J., & Valderrama, J. C. (2002). Development and psychometric properties of the Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT). *Drug Alcohol Depend*, 68(2), 209-214.
- Personvernombudet for forskning. (2012a). Kvalitetssikring innenfor helsetjenesten. . from <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/kvalitetssikring.html>
- Personvernombudet for forskning. (2012b). Må prosjektet meldes? . from <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Shikhar, R., & Rentz, A. M. (2004). Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value Health*, 7(2), 204-215. doi: 10.1111/j.1524-4733.2004.72252.x
- Sjetne, I. S., Bjertnæs, Ø. A., Iversen, H. H., & Olsen, R. V. (2009). *Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. Et generisk, kort spørreskjema*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Skeie, I., Clausen, T., & Bukten, A. (2014). Legemiddelassistert rehabilitering - viktig behandling med dilemmaer. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 134(11), 1156-1158. doi: 10.4045/tidsskr.13.1429

- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stiftelsen Bergensklinikkene. (2007, 10.11.2007). Suboxone-debatten: Retningslinjene for LAR og Suboxone-bruk er ett år forsinket. Retrieved 01.09., 2014, from <http://bergensklinikkene.no/nyheter/suboxone-debatten-retningslinjene-for-lar-og-suboxone-bruk-e/>
- Tjerbo, T., Kværner, K. J., Botten, G., & Aasland, O. G. (2005). Bruk av incentiver for å øke svarandelen i spørreskjema-undersøkelser. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125(18), 2496-2497.
- Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E., & Guardia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Prefer Adherence*, 8, 107-117. doi: 10.2147/PPA.S52060
- Trujols, J., Sinol, N., Iraurgi, I., Batlle, F., Guardia, J., & Perez de Los Cobos, J. (2011). Patient and clinician's ratings of improvement in methadone-maintained patients: Differing perspectives? *Harm Reduct J*, 8, 23. doi: 10.1186/1477-7517-8-23
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2013). *Statusrapport 2012. LAR som det vil bli fremover? SERAF RAPPORT 1/2013*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF; Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering; Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker, ASP.
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2014). *Helseforetakene - et godt sted å være? Statusrapport 2013 SERAF RAPPORT 1/2014*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF/Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering/Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker, ASP/Nasjonal kompetansetjeneste TSB og LAR.
- Waal, H., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2011). *Statusrapport 2010. Første år med nye retningslinjer. SERAF RAPPORT 4/2011*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF; Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering; Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker, ASP.

Vedlegg

1. Artikkel for innsending til Tidsskrift for den norske legeforening: *Tilfredshet med LAR-medikament og dosering blant pasienter ved kommunale LAR-sentre i Bergen.*
2. Spørreskjema: *Hva er dine erfaringer med Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)?*